ANNEXE I

Commissaires locaux et médecins examinateurs
de la région de l'Outaouais, en date du 31 mars 2008

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE GATINEAU		
CSSS de Gatineau **909, boul. de la Vérendrye O.** **Gatineau, Québec** **J8P 7H2**	Dominique Allard	Commissaire locale CLSC, CHSLD, RTF, RI, Hôpital de Gatineau
CSSS de Gatineau **Hôpital de Hull** **116, boul. Lionel-Emond** **Gatineau, Québec** **J8Y 1W7**	Jocelyne Guénette Dr Jean-Eudes Lamont Dr Jean Lemonde	Commissaire locale adjointe Médecin examinateur Médecin examinateur susbtitut
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PAPINEAU		
CSSS de Papineau **578, rue Maclaren E.** **Gatineau, Québec** **J8L 2W1**	Damien Thibaudeau	Commissaire local
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES COLLINES		
CSSS Des Collines **101, ch Burnside** **C.P. 160** **Wakefield, Québec** **J0X 3G0**	Sylvie Daigle Dr Curtis Folkerson	Commissaire locale Médecin examinateur
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PONTIAC		
CSSS Pontiac **160, chemin de la Chute** **C.P. 430** **Mansfield, Québec** **J0X 1V0**	Benoît Paré Dr John Wooton	Commissaire local Médecin examinateur
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX VALLÉE-DE-LA-GATINEAU		
Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau **309, boul. Desjardins** **Maniwaki, Québec** **J9E 2E7**	Diane Marenger Dr Edi Patzev	Commissaire locale Médecin examinateur
ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX		
CR La RessourSe	Élise Boisvert 20, rue Pharand Gatineau, Québec J9A 1K7 Dre Guylaine Doucet	Commissaire locale Médecin examinateur
CR Centre Jellinek	Élise Boisvert Dre Ruth Vander Stelt	Commissaire locale Médecin examinateur
CR Pavillon du Parc	Élise Boisvert	Commissaire locale

CH Pierre-Janet	Élise Boisvert Dr Pierre Gareau Dre Samia Attia—Galand Dr Alexander MacCormick	Commissaire locale Médecins examinateurs
Centres jeunesse de l'Outaouais **105, boul. Sacré-Cœur** **Gatineau, Québec** **J8X 1C5**	Daniel Fleury	Commissaire local
AUTRES ÉTABLISSEMENTS		
CHSLD Champlain-Gatineau **4445. boul. Henri-Bourassa E.** **Montréal, Québec** **H1H 5M4**	Hélène Poirier	Commissaire locale
CHSLD Vigi de l'Outaouais **565, boul. de l'Hôpital** **Gatineau, Québec** **J8V 3T4**	Marc Turgeon Dre Marie-Josée Saine	Commissaire local Médecin examinateur

ANNEXE 2

Rapport annuel du CSSS Gatineau

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

RAPPORT ANNUEL
2007-2008

SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES, LA SATISFACTION DES USAGERS DE MÊME QUE LE RESPECT DE LEURS DROITS

PRÉPARÉ PAR :

DOMINIQUE ALLARD
COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
ET
Jocelyne Guénette
Commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services

PRÉSENTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

JUIN 2008

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION *1*

I- FAITS SAILLANTS DE L'EXAMEN DES PLAINTES POUR L'ENSEMBLE DES MISSIONS *2*

Les objets de plaintes 2

Les demandes d'assistance et d'intervention 2

Les délais de traitement 3

II- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CHSLD *3*

Les objets des plaintes conclues 3

Spécificités des objets principaux 3

Mesures et recommandations identifiées 3

III- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CLSC *4*

Les objets des plaintes conclues 4

Spécificités des objets principaux 4

Mesures et recommandations identifiées 4

IV- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CHSGS *4*

Les objets des plaintes conclues 5

Spécificités des objets principaux 5

Mesures et recommandations identifiées 5

V- DOSSIERS MAJEURS *5*

Les services à l'urgence 5

Les relations interpersonnelles 6

La confidentialité 6

VI- PROMOTION DU RÉGIME, RESPECT DES DROITS ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES *7*

CONCLUSION *7*

ANNEXE I ..... *I*

ANNEXE II ..... *II*

ANNEXE III ..... *III*

INTRODUCTION

La Loi sur les services de santé et les services sociaux détermine un fonctionnement concernant le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes. Elle précise notamment que la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services doit préparer et présenter au conseil d'administration un rapport annuel comprenant le bilan de ses activités. C'est l'objet du présent rapport.

Durant l'année 2007-2008, le conseil d'administration a procédé à certaines décisions :

- Nomination de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le 6 novembre 2007;
- Nomination de la Commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services, le 18 février 2008;
- Nomination d'un seul Médecin examinateur et de son substitut pour l'ensemble du CSSSG, le 17 mars 2008;
- Adoption du code d'éthique avec la collaboration de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le 17 décembre 2007;
- Comité de vigilance et de la qualité a été actualisé en mai 2007. Ainsi, 7 rencontres se sont tenues de mai 2007 à mars 2008.

Le présent rapport décrit les activités des commissaires. Le traitement des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, fait l'objet d'un autre rapport préparé par le médecin examinateur. Les activités du comité de révision font elles aussi l'objet d'un rapport distinct.

Le médecin examinateur collabore avec les commissaires locaux dans le processus d'examen des plaintes et d'identification des solutions aux problèmes administratifs ou organisationnels soulevés. Pendant la dernière année, les commissaires ont reçu 32 plaintes médicales et 14 assistances médicales qui ont été acheminées à un médecin examinateur pour leur traitement.

Les premiers chapitres de ce rapport présentent les faits saillants de l'examen des plaintes et des demandes d'assistance et d'intervention traitées par les commissaires au cours de l'année. Au chapitre I, sont présentés les faits saillants de façon globale. Dans les trois chapitres suivants, ils sont présentés en regard de l'ensemble de l'établissement. On retrouve, au chapitre V, des recommandations concernant trois dossiers particuliers qui ont fait l'objet de plusieurs plaintes et demandes pendant l'année. Enfin, au chapitre VI, sont mentionnées les activités reliées aux autres fonctions des commissaires.

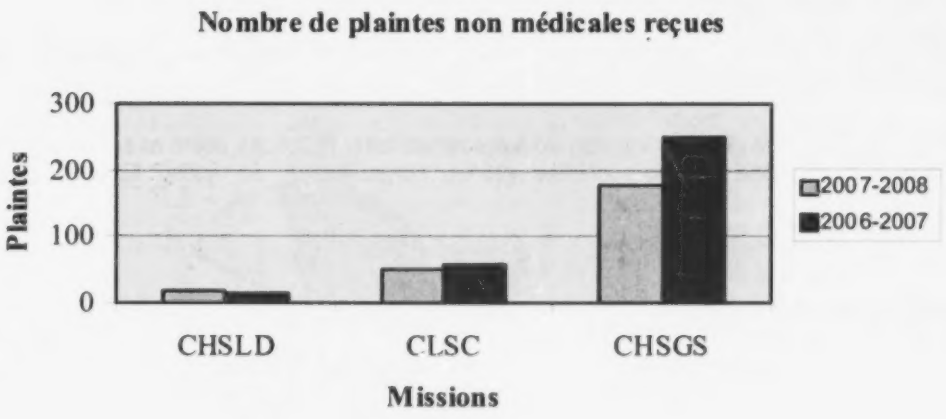
I- FAITS SAILLANTS DE L'EXAMEN DES PLAINTES POUR L'ENSEMBLE DES MISSIONS

Au cours de l'exercice 2007-2008, nous avons reçu 247 plaintes non médicales et 32 plaintes médicales. La majorité des plaintes concernait les hôpitaux (CHSGS) à 73% ; les services communautaires (CLSC) faisaient l'objet de 19% des plaintes et l'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) de 8% (Voir Annexe I).

Comme nous pouvons le constater dans les tableaux ci-dessous, le nombre de plaintes non médicales a diminué de 25% pour l'ensemble de l'établissement, soit de 17% pour les CLSC et 29% pour les hôpitaux. Le nombre de plaintes à l'égard de l'hébergement et des soins de longue durée a augmenté de 25%.

Variation du nombre de plaintes non médicales reçues en 2007-2008 vs 2006-2007

	2007-2008	2006-2007	Écart
CHSLD	20	16	25%
CLSC	50	60	(17%)
CHSGS	177	251	(29%)
Total :	247	327	(25%)



Les objets de plaintes

Les objets de plaintes les plus souvent soulevés pour l'ensemble du CSSG ont trait à l'accessibilité des services (39%), à l'organisation des milieux et des ressources matérielles (22%) aux soins et services dispensés (20%) et aux relations interpersonnelles (19%). Dans les prochains chapitres, nous verrons les distinctions par mission.

Les demandes d'assistance et d'intervention

Outre les plaintes à l'égard des services de l'établissement, nous avons reçu, au cours de l'exercice, 805 demandes d'assistance et d'intervention non-médicales, soit une augmentation de 6% par rapport à l'an dernier et 14 assistances médicales. Sur ces 805 demandes, 78% concernaient les hôpitaux, 17% les CLSC, 3% l'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) et 2% provenaient de d'autres instances. Jumelées aux plaintes médicales (32) et non-médicales (247) et aux demandes de consultation (115)

c'est plus de 1213 demandes qui ont été adressées aux commissaires pendant l'année, soit une augmentation globale de 7%.

Les délais de traitement

Tel que nous pouvons le constater à l'annexe II, le délai prescrit pour le traitement des plaintes a souvent dépassé les 45 jours. Plusieurs facteurs reliés aux ressources humaines et matérielles, conjugués à l'augmentation sensible des demandes et à la complexité des objets des plaintes requérant plusieurs suivis, expliquent en grande partie cette situation.

II- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CHSLD

Cette section a trait au nombre de plaintes reçues à l'égard de la mission CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée). Au début de l'exercice, nous avions 3 plaintes en voie de traitement à auxquelles se sont ajoutées 20 nouvelles plaintes pour un total de 23. Sur le nombre total des plaintes traitées, 2 restent à conclure. Enfin, 3 usagers se sont prévalus de la possibilité de se rendre au 2e pallier auprès du Protecteur du citoyen.

La grande majorité des plaignants étaient des représentants de l'usager (conjoint, famille) et le dépôt de leurs plaintes s'est fait autant par écrit que verbalement. Un plaignant a bénéficié des services du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP-Outaouais).

Les objets des plaintes conclues

En tête de liste des objets de plaintes les plus souvent rencontrés, figure les soins et services dispensés (50%), l'aspect des relations interpersonnelles (35%), l'organisation du milieu et des ressources matérielles (15%).

Les objets principaux

Mesures et recommandations identifiées

Pour 18 plaintes conclues certaines plaintes ont conduit à des mesures correctives. Ces mesures se sont traduites par des ajustements techniques et matériels au niveau de l'environnement ou du milieu de vie des résidents.

III- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CLSC

En ce qui concerne la mission CLSC, 50 plaintes ont été reçues au cours de l'exercice. À celles-ci s'ajoutent 8 plaintes en voie de traitement en début d'exercice, ce qui nous amène à un total de 58 plaintes. Sur le nombre total de plaintes traitées, 49 plaintes ont été conclues et une seule a été abandonnée par l'auteur.

La grande majorité des plaignants étaient les usagers eux-mêmes et le dépôt de leurs plaintes s'est fait en majorité verbalement.

Les objets des plaintes conclues

En tête de liste des objets des plaintes les plus souvent rencontrés figurent l'aspect de l'accessibilité (50%, dont 14% concerne l'accès à la ligne téléphonique) suivi de l'aspect des soins et services dispensés (30%), des relations interpersonnelles (16%) et autres (4%).

Spécificités des objets principaux

Mesures et recommandations identifiées

Pour 49 des plaintes ayant été conclues, des mesures correctives ont été appliquées, lesquelles concernent des ajustements au niveau de l'accessibilité et de la continuité dans les services offerts.

IV- PLAINTES ET DEMANDES CONCERNANT LA MISSION CHSGS

Cette section traite du nombre de plaintes reçues relatives à la mission CHSGS (centre hospitalier de soins généraux et spécialisés). Au début de l'exercice, nous avions 32 plaintes en voie de traitement auxquelles se sont ajoutées 177 nouvelles plaintes pour un total de 209. Sur ce nombre, 3 plaintes ont

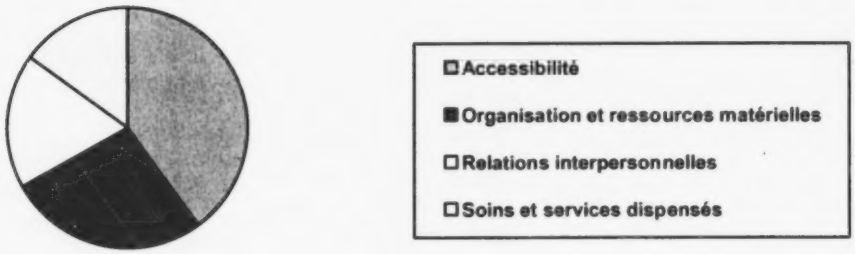
été abandonnées et 6 autres ont été refusées. Enfin, 2 usagers se sont prévalus de leur droit de s'adresser au 2e pallier au Protecteur du citoyen.

La grande majorité des plaignants étaient les usagers eux-mêmes et le dépôt de leurs plaintes s'est fait en majorité verbalement. Quinze auteurs de plaintes ont obtenu le soutien du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP- Outaouais).

Les objets des plaintes conclues

En ce qui concerne les objets des plaintes les plus communs, arrivent en tête de liste l'accessibilité (40%), l'organisation du milieu et des ressources matérielles (27%), les relations interpersonnelles (18%) ainsi que le suivi des plaintes liées aux soins et services dispensés (15%).

Spécificités des objets principaux



Mesures et recommandations identifiées

Pour 152 des plaintes ayant été conclues, des mesures correctives ont été appliquées afin de rectifier certaines situations. D'autre part, dans une grande proportion, une assistance a été offerte aux usagers afin qu'ils obtiennent les soins et services demandés. Suite à l'examen de 2 plaintes, des mesures disciplinaires ont été appliquées.

V- DOSSIERS MAJEURS

Trois dossiers préoccupent particulièrement les commissaires en regard de la qualité des services. Il s'agit des services des urgences dans les hôpitaux, les relations interpersonnelles et la confidentialité pour l'ensemble du CSSS de Gatineau.

Les services d'urgence

Le délai d'attente dans les deux urgences du CSSS de Gatineau est un irritant pour les usagers. Les remarques obtenues font mention du peu d'accessibilité à l'information sur le délai réel d'attente. Le degré de priorisation attribué n'est pas toujours divulgué et les usagers comprennent difficilement pourquoi ils doivent attendre aussi longtemps. Comme commissaires, nous devons intervenir pour expliquer la procédure de priorisation, le taux d'occupation quotidien, la pénurie d'effectifs médicaux et infirmiers.

De plus, nous notons des déficiences au niveau de l'organisation physique lorsque le taux d'occupation dépasse 100%. Par exemple, le nombre de chaises insuffisantes dans les salles d'attente, le manque de civières, la fréquence non adaptée du nettoyage des salles de toilettes utilisées par les usagers, la difficulté pour l'entretien sanitaire d'avoir accès aux lieux physiques à cause de l'achalandage.

Des mesures correctives ont été demandées récemment.

Ainsi, les commissaires dans un but d'amélioration de la qualité des services présente la recommandation suivante :

« Que le CSSS de Gatineau revoit ses mécanismes d'approche clientèle lorsque le taux d'occupation des urgences dépasse le 100% et ce, afin de minimiser le taux d'insatisfaction. »

En outre, il ne faut pas tenir compte exclusivement du délai à l'urgence, les délais d'attente pour l'accessibilité aux professionnels et autres services du CSSS de Gatineau demeurent des éléments d'insatisfaction qui nous sont régulièrement soulignés.

Les relations interpersonnelles

Les relations interpersonnelles touchent essentiellement les services d'accueil et l'approche clientèle de l'ensemble du CSSS de Gatineau.

Au niveau des relations interpersonnelles nous retrouvons principalement les plaintes concernant : l'attitude du personnel et la communication.

Face à cette situation les commissaires font la recommandation suivante :

« Que le CSSS de Gatineau mette en place une formation portant sur les volets attitude, communication et information pour le personnel œuvrant dans un poste d'accueil. Par la suite une sensibilisation à l'ensemble du personnel serait indiquée. »

La confidentialité

L'élément de la confidentialité fait l'objet de nombreuses plaintes et demandes d'intervention. La nature de la plainte ou de la demande d'intervention fait référence plus particulièrement à l'obtention d'information concernant un proche hospitalisé ou le droit de consultation du dossier d'un proche décédé.

Au niveau de l'obtention d'information concernant le dossier de l'usager nous remarquons deux tendances, soit :

1. le personnel divulgue sans l'autorisation de l'usager des informations,

2. les proches des usagers déplorent le refus du personnel à accéder à l'information du dossier de l'usager,

C'est pourquoi les commissaires font la recommandation suivante :

« Qu'une sensibilisation soit fait auprès de l'ensemble du personnel du CSSS de Gatineau sur l'importance du respect de la confidentialité du dossier de l'usager »

VI- PROMOTION DU RÉGIME RESPECT DES DROITS ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration non seulement du traitement des plaintes, mais aussi du respect des droits des usagers.

C'est pourquoi les commissaires ont pour fonctions de diffuser l'information sur les droits et obligations des usagers et sur le code d'éthique, d'assurer la promotion du régime d'examen des plaintes et la publication de la procédure et de recommander toute mesure en vue d'améliorer la satisfaction des usagers.

En regard de ces fonctions, voici un aperçu des activités réalisées au cours de l'année. Il est à noter que les activités sous-mentionnées furent réalisées en partie par les deux commissaires qui ont quittés à la retraite.

- Présentation et adoption du code d'éthique au conseil d'administration en décembre 2007. Il est à noter que le résumé du code d'éthique est présentement en processus d'impression. La distribution est prévue au cours de la prochaine année.

- Réponses à des demandes ponctuelles de consultation reçues de gestionnaires et d'intervenants de l'établissement.

- Soutien au comité de révision des plaintes médicales, la commissaire locale adjointe agit à titre de conseillère auprès du comité.

En vue de faire un lien avec les plaintes et les demandes reçues, les commissaires ont pris connaissance des sondages sur la satisfaction réalisés auprès des usagers.

Au niveau des hôpitaux, l'établissement administre avec le support de bénévoles, un sondage continu sur la satisfaction des usagers. Les résultats sont publiés à deux reprises pendant l'année. Plus de 86% des usagers se sont dit satisfaits des services reçus. Lorsqu'on prend connaissance du nombre très important d'activités rendues dans ces deux sites, ces résultats remettent en perspective le nombre de plaintes et de demandes reçues par les commissaires.

Au niveau des centres d'hébergement, un sondage de satisfaction s'est déroulé dans deux centres. En général, les résultats sont bons. Toutefois, ils indiquent des points d'amélioration pour tendre de plus en plus vers un véritable milieu de vie pour les résidents.

CONCLUSION

Ce rapport porte principalement sur des insatisfactions exprimées par la clientèle. Il ne faut cependant pas passer sous silence les nombreux témoignages de satisfaction reçus par les intervenants, les gestionnaires et les commissaires.

De plus, nous tenons à souligner que les recommandations émises lors du rapport précédent font l'objet de suivis par le Comité de vigilance auquel participe la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Certaines de ces recommandations comprenaient plusieurs mesures correctives qui ne peuvent se réaliser qu'à moyen et à long terme.

Dominique Allard
Commissaire locale
aux plaintes et à la qualité des services

Jocelyne Guénette
Commissaire locale adjointe
aux plaintes et à la qualité des services

ANNEXE I

Nombre de plaintes, demandes d'assistance et d'intervention et demandes de consultation reçues en 2006-2008

	Plaintes non médicales		Plaintes médicales		Total des plaintes		Assistances/ Interventions		Grand total		Pourcentage	
	07-08	06-07	07-08	06-07	07-08	06-07	07-08	06-07	07-08	06-07	07-08	06-07
Hébergement (CHSLD)	20	16	2	2	22	18	22	3	44	21	3.5%	2%
Communautaire (CLSC)	50	60			50	60	139	111	189	171	15.5%	15%
Hôpitaux (CHSGS)	177	251	30	50	207	301	639	642	846	943	70%	83%
Autres instances							19		19		1.5%	
Consultations									115		9.5%	
Total:	247	327	32	52	279	379	819	756	1213	1135	100%	100%

ANNEXE II

Délai de traitement de dossiers de plaintes non médicales, complétées durant l'exercice 2007-2008

Délai de traitement	Bureau de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (Nombre de plaintes)
Un jour	15
De 2 à 7 jours	24
De 8 à 30 jours	59
De 31 à 45 jours	33
De 46 à 60 jours	28
De 61 à 90 jours	22
De 91 à 180 jours	30
181 jours et plus	7
TOTAL :	218
Plaintes non conclues au 31 mars 2008	21
Plaintes abandonnées	4
Plaintes rejetées	4
TOTAL PLAINTES	247

ANNEXE III

Liste des personnes impliquées dans le régime d'examen des plaintes

Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services		
Noms	**Titres**	**Installations**
Dominique Allard	Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	Hôpital de Gatineau Les CLSC Les CHSLD, RI et RTF La Maison de naissance Unité de médecine familiale
Suzanne Lessard	Technicienne en administration	
Jocelyne Guénette	Commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services	Hôpital de Hull Plaintes médicales des hôpitaux Plaintes d'usagers anglophones de toutes les installations
Annie Plante en remplacement de Diane Mercier	Technicienne en administration	
Médecins examinateurs		
Dr Jean-Eudes Lamont	Médecin examinateur	CSSSG
Dr Jean Lemonde	Médecin examinateur substitut	

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

Rapport annuel 2007-2008
du médecin examinateur

du CSSS de Gatineau

Hôpitaux de Hull et de Gatineau

Préparé par Jean-Eudes Lamont, MD, FRCPC

Présenté à

L'Exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

et au

conseil d'administration

Centre de santé et des services sociaux de Gatineau (CSSS de Gatineau)

Le 4 octobre 2004, lors d'une séance ordinaire du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, on a procédé à ma nomination à titre de médecin examinateur de l'Hôpital de Gatineau.

Le 13 décembre 2004, lors d'une séance ordinaire du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, on a procédé à ma nomination à titre de médecin examinateur de l'Hôpital de Hull.

Depuis avril 2007, certains articles de la loi sur les Services de santé et les services sociaux, se rapportant au traitement des plaintes ont été changés.

Il est à noter qu'avec ce changement, aussi bien l'usager que le professionnel, peuvent exercer un recours auprès du comité de révision s'ils ne sont pas d'accord avec les conclusions du médecin examinateur.

De plus, le médecin examinateur doit déposer au dossier du professionnel visé ses conclusions motivées.

Préambule

Le médecin examinateur est la personne responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un membre du CMDP ou d'un résident. Il est désigné par le conseil d'administration, sur recommandation du CMDP. Il n'a pas à être membre du CMDP (Articles 34 et 42 LSSSS).

Un de ses rôles est de voir à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents d'un établissement soient les meilleures possibles.

Toute plainte, quelle que soit la source, doit être dirigée vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ou à la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services. (Mme Dominique Allard ou Mme Jocelyne Guénette).

Lorsque la plainte ou l'un des objets de la plainte concerne un membre du CMDP ou un résident, elle doit être transmise au médecin examinateur.

S'il s'agit d'une plainte d'ordre administratif ou organisationnel, qui touche des services médicaux, la plainte est traitée par la commissaire locale, après consultation avec le médecin examinateur, celui-ci doit collaborer à l'identification des solutions à de tels problèmes.

Le médecin examinateur constitue un dossier de plainte distinct du dossier médical et des dossiers professionnels. Ce dossier est confidentiel. Sont inclus dans ce dossier tous les documents se rapportant à la plainte et à son traitement. Les conclusions motivées et les recommandations du médecin examinateur sont déposées au dossier du professionnel visé.

Le médecin examinateur saisi d'une plainte, qu'elle soit verbale ou écrite, doit décider de son orientation :

- rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- examiner la plainte;
- acheminer la plainte vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires;
- Il peut lors de l'étude de l'examen de la plainte, décider de l'acheminer vers le CMDP pour études à des fins disciplinaires.

Il existe un organisme communautaire appelé le centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) qui peut aider les gens à rédiger la plainte.

Aux fins d'examen de la plainte, le médecin examinateur a accès à tous les documents, y compris les dossiers médicaux et les dossiers des professionnels. Toute personne doit fournir au médecin examinateur tous les renseignements ainsi que tous les documents qu'exige l'examen de la plainte. Toute personne doit également assister à une rencontre que celui-ci convoque.

Le médecin examinateur doit dans les 45 jours de la date où il a reçu la plainte faire parvenir ses conclusions motivées par écrit au plaignant avec copies au professionnel visé et à la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

Les conclusions et le cas échéant, les recommandations du médecin examinateur, doivent être versées au dossier de plainte ainsi qu'au dossier du professionnel visé.

Dans les 60 jours de la date des conclusions du médecin examinateur, **le plaignant ainsi que le professionnel visé**, peuvent demander au comité de révision de revoir le traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur.

Ce comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration. Deux membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens sur la recommandation du CMDP.

Le comité de révision doit permettre au plaignant, au professionnel visé et au médecin examinateur de présenter leurs observations. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'usager, au professionnel visé, au médecin examinateur ainsi qu'à la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de révision peut :

- confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- demander au médecin examinateur un complément d'examen;
- acheminer le dossier vers le CMDP pour formation d'un comité à des fins disciplinaires;
- recommander au médecin examinateur et ou aux parties elles-mêmes des mesures de nature à les réconcilier.

La conclusion retenue dans son avis est finale.

Lorsque la plainte est traitée par un comité de discipline formé par le CMDP, le médecin examinateur doit informer par écrit le plaignant tous les 60 jours du progrès de l'étude de la plainte tant que l'étude n'est pas terminée.

Après l'étude de la plainte, le comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP. Le comité peut faire des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

Après étude du comité de discipline, le comité exécutif formule ses recommandations au conseil d'administration et lui transmet le dossier.

À toutes les étapes de l'étude d'une plainte, le médecin examinateur est mis à contribution :

- Si le comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des mesures disciplinaires, il en informe le médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

- Si le conseil d'administration décide de mesures disciplinaires à la suite des recommandations du CMDP, le directeur général doit en avertir le professionnel visé et le médecin examinateur. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services.

Le médecin examinateur doit transmettre au conseil d'administration et au CMDP un rapport annuel de ses activités et de ses recommandations.

Objet des plaintes reçues du 1er avril 2007 au 31 mars 2008

Une plainte peut comprendre plusieurs facettes.

L'analyse des plaintes a été faite selon la grille suivante.

1.	Attitude et commentaires (empathie, compassion, manque de respect...)
2.	Insatisfaction des soins reçus (qualité de l'acte, congé, suivi, délai...)
3.	Manque de communication, d'information, décisions éclairées...
4.	Contestation du jugement du médecin
5.	Erreurs médicales (diagnostics, traitements, suivis, etc.)
6.	Non-respect des règlements du CMDP ou du CSSS de Gatineau
7	Aspect financier
8.	Autres

♦

Conclusions terminées au cours de la période du 1er avril 2007 au 31 mars 2008

Un même dossier peut représenter plusieurs aspects.

L'analyse des conclusions a été faite selon la grille suivante.

CONCLUSIONS MOTIVÉES :	
1.	Attitude et commentaires (empathie, compassion, respect...)
2.	Soins reçus (qualité de l'acte, du suivi, etc.)
3.	Communication (informations, décisions éclairées, etc...)
4.	Erreurs médicales; évènements indésirables; accidents; complications à être divulguées
5.	Jugement (autre que jugement clinique)
6.	Relation avec les autres professionnels
7.	Non-respect des règlements du CMDP ou du CSSS de Gatineau
8.	Plainte non justifiée (Accusé injustement)

Hôpital de Hull

Sommaire des dossiers de plaintes et d'assistance transmis au médecin examinateur du 1er avril 2007 au 31 mars 2008.

Il y a eu 20 dossiers de plaintes et 12 demandes d'assistance ou d'intervention, dont 2 demandes d'assistance dans des plaintes médico-administratives. Une plainte a été abandonnée.

Trois plaignants se sont prévalus de leur droit de recours auprès du comité de révision. Aucun médecin ne s'est prévalu de ce droit.

Hôpital de Hull

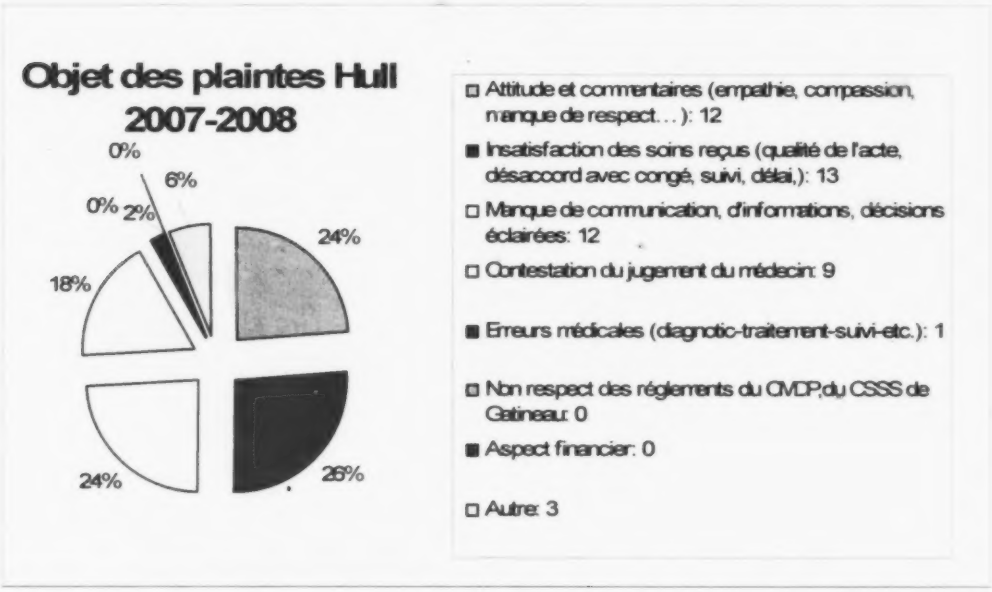
Objet des plaintes : (une plainte peut comporter plusieurs facettes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Attitude et commentaires	10	20%	12	20%
Insatisfaction des soins reçus	16	30%	13	22%
Manque de communication	10	20%	12	20%
Contestation du jugement du médecin	10	20%	9	15%
Erreurs médicales (diagnostics, traitements, suivi, etc...)	3	6%	1	2%
Non-respect des règlements	1	2%	0	0%
Aspect financier	0	0%	0	0%
Autres	1	2%	2	3%
Total	51	100%	59	100%

♦

Graphique — Objet des plaintes — Hull 2007-2008



Hôpital de Hull

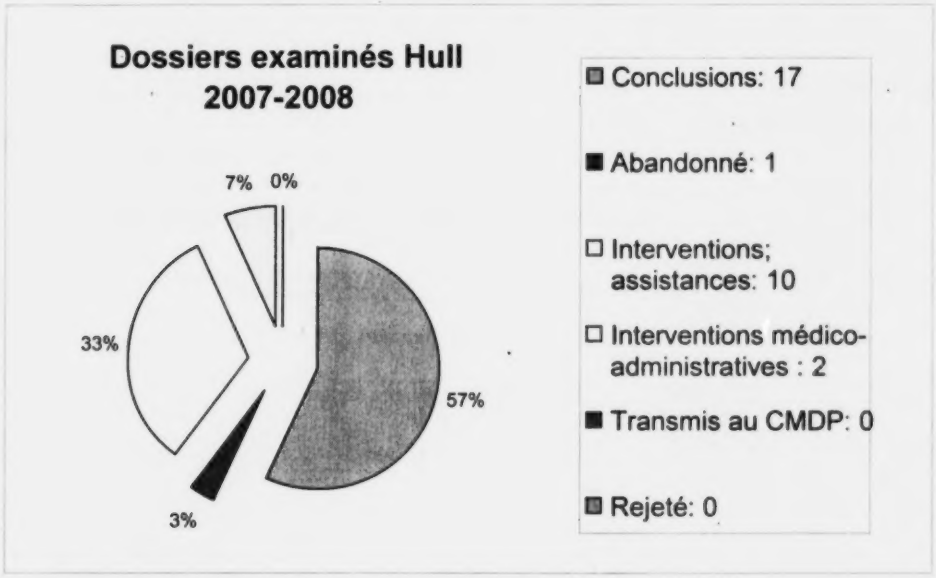
Sommaire des dossiers examinés

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Conclusions	23	72%	17	57%
Abandonnés	2	6%	1	3%
Interventions; assistances	4	13%	10	33%
Intervention médico-administrative	1	3%	2	7%
Transmis au CMDP	2	6%	0	0%
Rejeté	0	0%	0	0%
TOTAL	32	100%	30	100%

◆

Graphique — Plaintes examinées — Hull 2007-2008



Hôpital de Hull

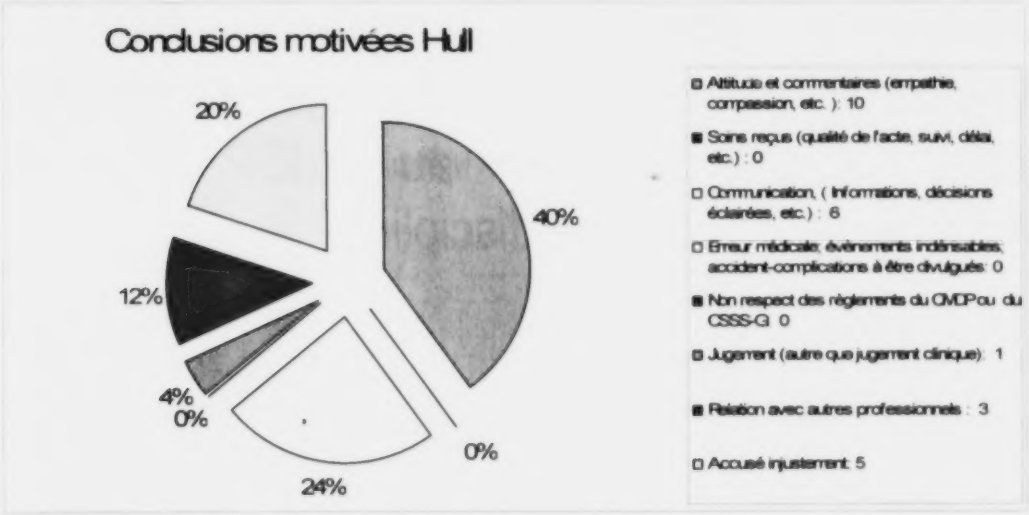
Conclusions motivées : (suite à l'analyse des plaintes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Attitude et commentaires	8	26%	10	40%
Soins reçus	2	6%	0	0%
Communication	4	13%	6	24%
Erreur médicale	0	0%	0	0%
Non-respect des règlements	0	0%	0	0%
Jugement autre que clinique	4	13%	1	4%
Relation avec autres professionnels	2	6%	3	12%
Plainte non justifiée (Accusé injustement)	11	36%	5	20%
Total :	31	100 %	25	100%

♦

Graphique — Conclusions motivées — Hull 2007-2008



Hôpital de Gatineau

Sommaire des dossiers de plaintes et d'assistance transmis au médecin examinateur du 1er avril 2007 au 31 mars 2008.

Il y a eu 12 dossiers de plaintes et 2 demandes d'assistance, dont une assistance médico-administrative. Une plainte a été rejetée. Aucune plainte n'a été transmise au CMDP pour la formation d'un comité de discipline.

Un plaignant s'est prévalu de son droit de recours auprès du comité de révision. Cependant, aucun professionnel ne s'est prévalu de ce droit.

Hôpital de Gatineau

Objet des plaintes : (une plainte peut comporter plusieurs facettes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Attitude et commentaires	12	20%	7	21%
Insatisfaction des soins reçus	21	34%	7	22%
Manque de communication	7	11%	6	19%
Contestation du jugement du médecin	9	15%	5	16%
Erreurs médicales	8	13%	4	13%
Non-respect des règlements	1	2%	0	0%
Aspect financier	2	3%	0	0%
Autres	1	2%	3	9%
Total	61	100%	32	100%

♦

Graphique — Objet des plaintes — Gatineau 2007-2008

Hôpital de Gatineau

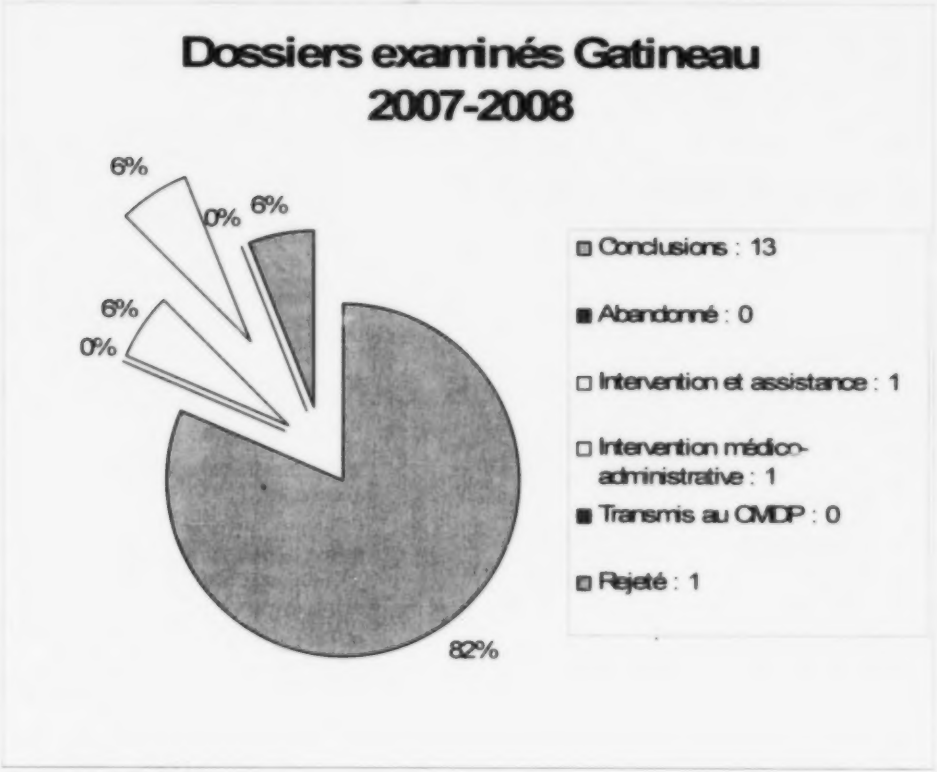
Sommaire des dossiers examinés

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Conclusions :	30	76 %	13	82%
Abandonné :	1	3 %	0	6%
Interventions et assistances :	7	18 %	1	6%
Intervention médico-administrative :	1	3 %	1	6%
Transmis au CMDP:	0	0 %	0	0%
Rejeté:	0	0 %	1	6%
Total	39	100 %	16	100%

♦

Graphique — Plaintes examinées — Gatineau 2007-2008



Hôpital de Gatineau

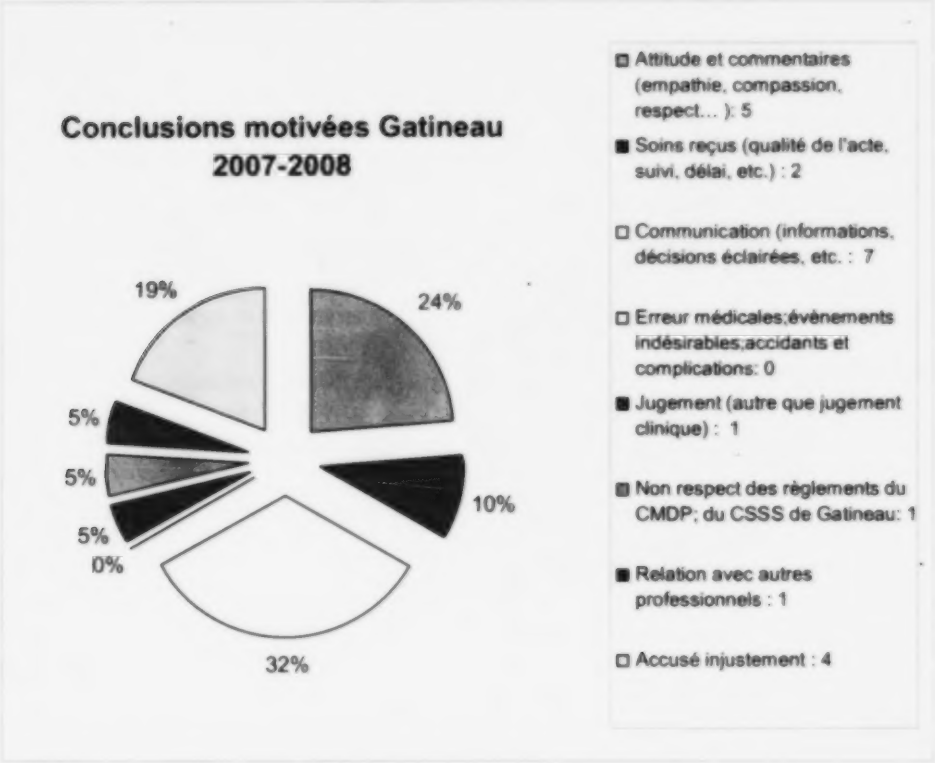
Conclusions motivées : (suite à l'analyse des plaintes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Attitude et commentaires	8	19%	5	24%
Soins reçus	2	5%	2	10%
Communication	7	16%	7	32%
Erreurs médicales	2	5%	0	0%
Jugement	4	9%	1	5%
Non-respect des règlements	3	7%	1	5%
Relation avec autres professionnels	0	0%	1	5%
Accusés injustement	17	39%	4	19%
Total	43	100%	21	100%

♦

Graphique — Conclusions motivées— Hull 2007-2008



Hôpitaux de Hull et Gatineau

Sommaire des dossiers de plaintes et d'assistance transmis au médecin examinateur du 1er avril 2007 au 31 mars 2008.

Il y a eu 32 dossiers de plaintes et 14 demandes d'assistance ou d'intervention, dont 3 médico-administratives.

Des 32 plaintes, une a été abandonnée, une a été rejetée. Aucune n'a été dirigée vers le CMDP pour la formation d'un comité de discipline.

N'étant pas d'accord avec les conclusions du médecin examinateur, 4 plaignants se sont prévalus de leurs droits de recours auprès du comité de révision. Aucun médecin ne s'est prévalu de ce droit.

Hôpitaux de Hull et de Gatineau

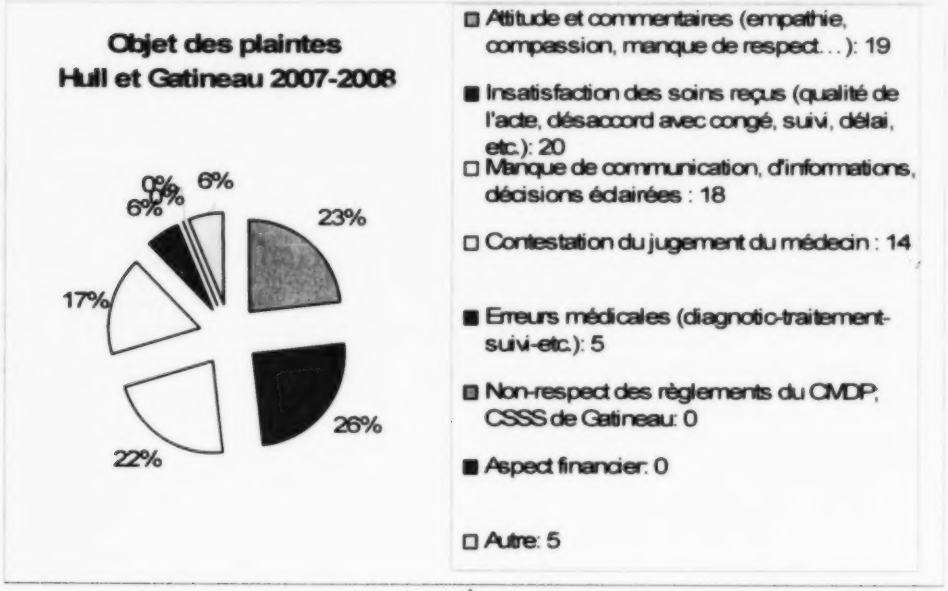
Objet des plaintes : (une plainte peut comporter plusieurs facettes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Attitude et commentaires	22	20%	19	23%
Insatisfaction des soins reçus	37	33%	20	26%
Manque de communication	17	15%	18	22%
Contestations du jugement du médecin	19	17%	14	17%
Erreurs médicales	11	10%	5	6%
Non-respect des règlements	2	2%	0	0%
Aspect financier	2	2%	0	0%
Autre	1	1%	5	6%
Total	111	100%	81	100%

♦

Graphique : Objet des plaintes- Hull-Gatineau 2007-2008



Hôpitaux de Hull et de Gatineau

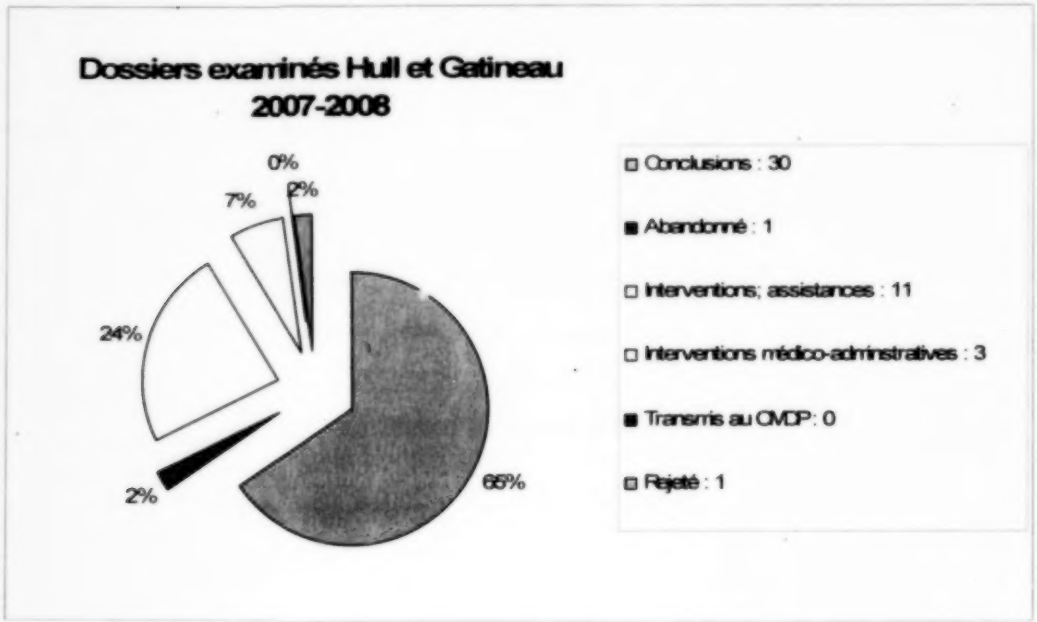
Sommaire des dossiers examinés

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Conclusions	54	75%	30	65%
Abandonnés	3	4%	1	2%
Interventions; assistances	11	15%	11	24%
Interventions médico-administratives	2	3%	3	7%
Transmis au CMDP	2	3%	0	0%
Rejeté	0	0%	1	2%
Total	72	100%	46	100%

♦

Graphique : plaintes examinées Hull-Gatineau 2007-2008



Hôpitaux de Hull et de Gatineau

Conclusions motivées : (suite à l'analyse des plaintes)

Tableau comparatif : 2006-2007 et 2007-2008

	2006-2007		2007-2008	
Attitude et commentaires	16	22%	15	33%
Soins reçus	4	5%	2	4%
Communication	11	15%	13	28%
Erreurs médicales	2	3%	0	0%
Jugement	8	11%	2	4%
Non-respect des règlements	3	4%	1	2%
Relation avec autres professionnels	2	3%	4	9%
Plainte non justifiée (Accusé injustement)	28	37%	9	20%
Total	74	100%	46	100%

♦

Graphique : conclusions motivées- Hull et Gatineau 2007-2008

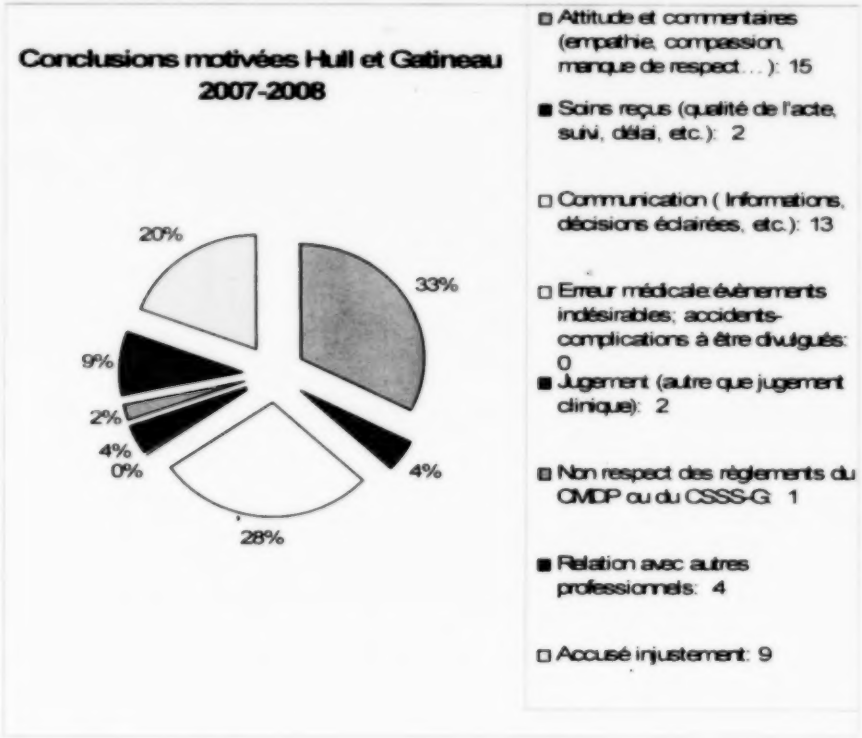


Tableau comparatif : années 2005-2006; 2006-2007; 2007-2008
(Hôpitaux de Hull et de Gatineau)

Sommaires cumulatifs des dossiers examinés

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	Total des 3 années	% des 3 années
Conclusions	47	54	30	131	69%
Abandonnés	4	3	1	8	5%
Interventions; assistances	14	11	11	36	19%
Interventions médico-administratives	1	2	3	6	3%
Transmis au CMDP	3	2	0	5	3%
Rejetés	1	0	1	2	1%
TOTAL	**70**	**72**	46	188	100%

Graphique

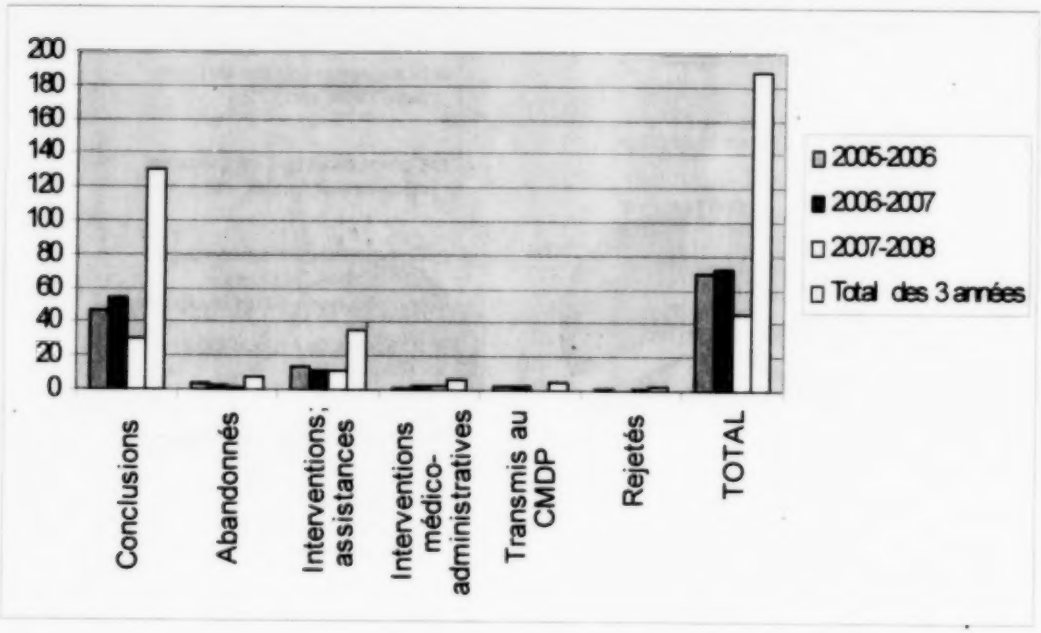
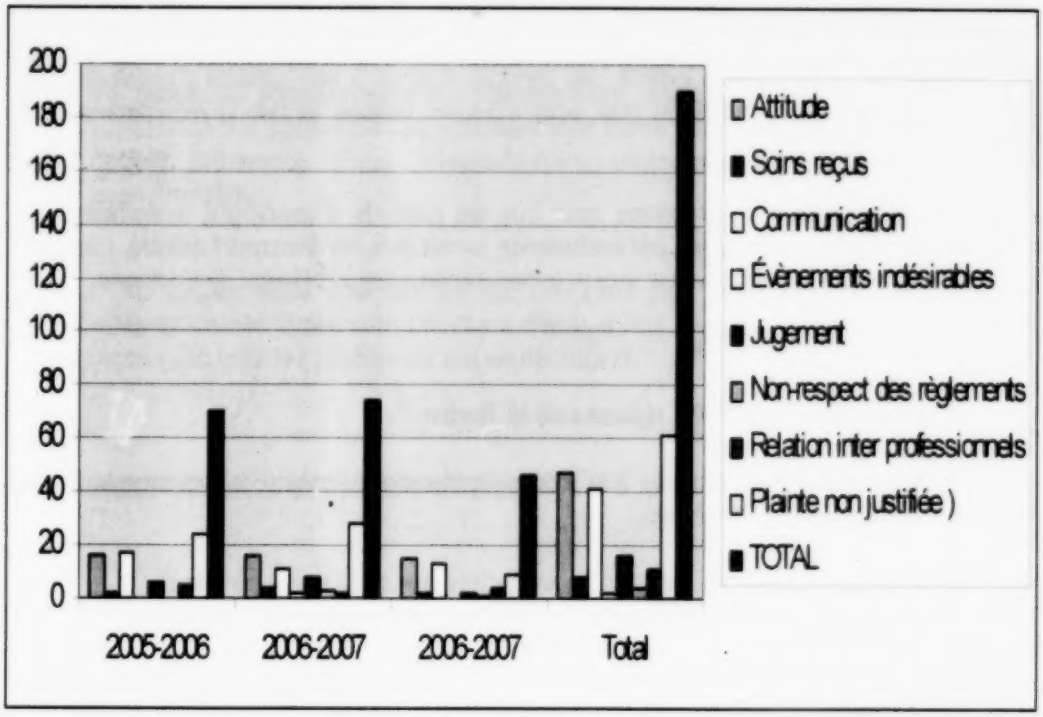


Tableau comparatif : années 2005-2006; 2006-2007; 2007-2008
(Hôpitaux de Hull et de Gatineau)

Sommaires cumulatifs des conclusions motivées

	2005-2006	2006-2007	2006-2007	Total	% 3 années
Attitude et commentaires	16	16	15	**47**	**25%**
Soins reçus	2	4	2	**8**	**4%**
Communication	17	11	13	**41**	**22%**
Erreurs médicales : évènements indésirables	0	2	0	**2**	**1%**
Jugement (autre que jugement clinique)	6	8	2	**16**	**8%**
Non-respect des règlements	0	3	1	**4**	**2%**
Relation avec autres professionnels	5	2	4	**11**	**6%**
Plainte non justifiée (Accusé injustement)	24	28	9	**61**	**32%**
TOTAL	**70**	**74**	**46**	**190**	**100%**

Graphique



Recommandations : hôpitaux de Hull et de Gatineau du 1er avril 2007 au 31 mars 2008

Voici un sommaire des cinq recommandations qui ont été faites au cours de cette période.

➥ **Le 4 octobre 2007 au CMDP**

Dans le but de rappeler aux médecins leur obligation de divulguer à leurs patients tout accident susceptible d'entraîner des conséquences sur leur état de santé, il a été recommandé :

Que l'exécutif du CMDP prenne les moyens nécessaires pour que les médecins soient bien informés à ce sujet. On pourrait, par exemple, demander au comité des risques de suggérer des moyens pour arriver à cette fin.

Réponse le 5 novembre 2007

« ...en accord avec votre recommandation, un document d'information soulignant l'importance et précisant les évènements devant être déclarés ainsi que la procédure de déclaration d'accident/incident sera remis à tous les médecins du CMDP »

➥ **Le 20 juin 2007 au directeur général M. André Rodier**

Dans la perspective d'améliorer la qualité des services donnés à nos patients d'oncologie qui doivent être hospitalisés à l'Hôpital de Hull, pour multiples raisons, je fais la recommandation suivante :

Que vous étudiiez de près ce problème pour que les patients d'oncologie, hospitalisés à l'Hôpital de Hull, soient transportés par ambulance plutôt que par transport adapté, lorsque ceux-ci sont très souffrants et doivent recevoir des traitements à l'Hôpital de Gatineau.

Le 31 octobre 2007, un rappel est fait.

➥ **Le 5 novembre 2007, réponse de M. Rodier :**

« ...votre recommandation sera soumise à la prochaine réunion du comité de vigilance et de la qualité (comité du conseil d'administration).

Le 14 janvier 2008, réponse de M. Jacques Lareau, directeur de la santé physique :

«...ceci nous amène à la conclusion que les mesures en place permettent de tenir compte du besoin de chaque patient. Par ailleurs, nous avons effectué un rappel auprès du personnel des unités de soins pour qu'une plus grande attention soit portée et plus particulièrement en regard du contrôle de la douleur »
Je n'ai reçu aucune réponse du comité de vigilance.

➥ **Le 4 octobre 2007 au directeur général, M. André Rodier avec copie au CMDP**

La présente fait suite à plusieurs plaintes provenant de diverses sources et concernant l'occupation de lits de courte durée par des patients en attente de placement ou de lits de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à la RessourSe.

Les rencontres que j'ai eues avec divers intervenants m'ont permis d'identifier plusieurs lacunes dans notre système de santé en ce qui concerne l'occupation de ces lits de courte durée par des patients qui nécessitent des soins prolongés.

Voici certains éléments du problème :

- Selon la politique actuelle, pour qu'une demande d'hébergement soit étudiée au système régional d'admission (SRA) par le comité d'orientation et d'admission (COA), il faut que la personne soit stable au plan biopsychosocial et que sa période de réadaptation ou de convalescence soit terminée.
- **Les patients qui sont en attente d'être admis en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) à la RessourSe occupent durant des périodes prolongées des lits réservés aux soins de courte durée.**

- **Il arrive que, lorsqu'un patient reçoit son congé de la RessourSe (RFI), n'ayant pas encore d'endroit où aller, il soit réadmis à l'Hôpital de Hull en attente de placement. Ce mode de fonctionnement engendre des retards inutiles et contribue à la souffrance des patients en prolongeant leur durée de séjour et en les exposant aux risques inhérents d'une hospitalisation prolongée tels que les infections nosocomiales.**

Tout ceci fait en sorte que des lits qui devraient être utilisés pour le traitement de maladies de courte durée sont utilisés à d'autres fins. Ceci a pour effet d'engorger les urgences avec tous les problèmes qui en découlent.

Voici quelques pistes de solutions suggérées :

- **Le fonctionnement du comité d'orientation des admissions (COA) devrait être revu.**
- **Les divers intervenants œuvrant dans notre réseau de santé doivent réaliser que c'est le médecin traitant qui a la responsabilité légale du malade et que c'est celui-ci qui doit en dernier ressort décider de son orientation. Bien sûr, afin de bien évaluer cette responsabilité, le médecin traitant doit faire appel à d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, et plus particulièrement au travailleur social.**
- **Le système actuel devrait être modifié pour que les démarches de placement soient amorcées lorsque le médecin traitant, avec l'aide de la travailleuse sociale, juge le moment approprié.**
- **Très tôt après l'admission d'un patient qui nécessitera une réadaptation, les services de soutien à domicile (SAD) devraient être présents dans le dossier.**
- Pour éviter que l'attente d'hébergement se fasse dans les lits de courte durée, il faudrait rehausser les services au SAD et planifier l'ouverture de lits de transition à l'extérieur de l'hôpital.
- Les médecins du CSSS de Gatineau devraient être mis à contribution dans les changements et ceux-ci devraient être bien informés de l'offre de services disponibles dans la communauté.
- Afin de libérer des lits dans les hôpitaux, il faut entreprendre des démarches pour sortir la personne âgée de l'hôpital lorsqu'elle ne nécessite plus le plateau technique. Ceci en collaboration avec les intervenants du soutien à domicile (SAD).
- Il faudrait que l'entente avec l'unité (RFI) de La RessourSe soit révisée. Les personnes ayant terminé leur programme de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) et pour qui le retour à domicile est difficilement envisageable ne doivent pas être retournées dans les lits de courte durée à l'hôpital en attente d'hébergement. Les démarches pour planifier la sortie de l'unité de RFI doivent être entreprises le plus tôt possible en collaboration des intervenants du SAD.
- La politique de déclaration de fin de soins actifs doit être révisée. Un mécanisme d'étude de dossier pour toutes les déclarations de fins de soins actifs concernant la clientèle

gériatrique pourrait être mis en place et il pourrait relever du médecin-chef du service de gériatrie.

Le 17 mars 2008, réponse de M. André Rodier, directeur général :

« ...concernant l'occupation des lits de courte durée par des patients de soins prolongés, nous désirons vous faire part du plan d'action qui est en cours d'actualisation, ceci en collaboration avec les différents acteurs professionnels et médicaux ».

Neuf mesures prises dont :

- Implanter un accueil clinique;
- Recevoir la prise en charge des patients ambulants;
- Accroître l'accessibilité à la médecin de jour /clinique externe;
- Mise en place d'une équipe d'orientation clinique – support aux personnes âgées;
- Mise en place de l'accueil social / intervention pivot;
- Mise en place d'une équipe gériatrique permanente;
- Mise en place de cliniques de suivis systématiques;
- Développement des ressources non institutionnelles et amélioration de l'accessibilité de ressources plus légères notamment le soutien à domicile et ainsi nous permettre de libérer 50 lits de coutre durée (actualisé en novembre 2007)
- Mise en place d'une politique de fin de soins actifs (actuellement en révision)

Nous travaillons aussi étroitement avec le Dr André Moreau, coordonnateur à l'hospitalisation, pour identifier et mettre en œuvre des mesures pour assurer une meilleure gestion des durées de séjour, principalement en médecine.

L'application de ces mesures devra nous permettre de réduire les temps d'attente de patient sur civière à l'urgence, d'éviter des hospitalisations, de diriger les patients vers les ressources les plus appropriées et d'utiliser nos lits de courte durée de façon plus efficace et efficiente.

➥ **Le 24 septembre 2007 a un médecin anesthésiste**

Suite à une plainte où la patiente attribue ses cauchemars au fait que l'anesthésiste ne lui a pas donné les renseignements qui l'auraient rassurée, dans mes conclusions, je faisais la recommandation suivante au médecin visé :

Que l'anesthésiste prenne le temps, à visage découvert, de rencontrer le patient avant toute intervention, afin que le patient soit rassuré par des explications et une approche empathique.

Réponse du médecin :

Suite à une réunion du département d'anesthésie, le médecin visé me dit qu'il serait impossible de rencontrer les patients en dehors de la salle d'opération faute de locaux. Pour sa part, il voit maintenant les patients à visage découvert pour quelques minutes à la salle d'opération. Considérant que le patient lui-même ne porte pas de masque ceci est très acceptable.

➥ **Le 17 décembre 2007 à deux médecins urgentologues**

Suite à l'analyse de plaintes, visant deux médecins urgentologues de Hull, où la plaignante nous disait ne pas avoir rencontré de médecin, alors qu'elle en avait vu deux. J'ai fait la recommandation suivante à ces médecins :

Il est important que les médecins s'identifient bien auprès des malades et de leurs familles lors d'un premier contact.